



# Laporan Klaim Asuransi Kecelakaan Diri

Personal Accident Insurance Claim Form

Tertanggung atau wakil atau keluarganya yang sah wajib memberitahukan kepada Penanggung dalam waktu 5 (lima) hari kalender terhitung sejak terjadinya kecelakaan tersebut. - *The Insured or his/her legitimate representative or family member must give notice to the Insurer within 5 (five) calendar days of the occurrence of the accident.*

Tanggal  
Date

1. Nama dan alamat Tertanggung  
*Name & address of Insured*

2. Nomor KTP/Paspor  
*KTP/Passport number*

3. Nomor polis/sertifikat  
*Policy number*

4. Tanggal kejadian  
*Date of loss/accident*

5. Ceritakan peristiwa terjadinya kecelakaan - *Details of accident*

6. Tanggal perawatan dokter/Rumah Sakit  
*Period of hospitalization*

7. Biaya pengobatan (jumlah klaim)  
*Total claim amount*

8. Daftar dokumen pendukung - *Supporting documents checklist\**

*\*Dokumen lain yang diminta oleh Roojai - Any other documents requested by Roojai*

Fotokopi KTP/Passport  
*Copy of KTP/Passport*

Rekam medis asli & fotokopi hasil baca laboratorium  
*Original medical resume & copy of laboratorium report*

Kwitansi asli & perincian biaya  
*Original invoice & receipt's details*

Fotokopi sertifikat kematian\*\*  
*Copy of death certificate*

Fotokopi bukti pendapatan & rekening koran selama 3 bulan terakhir\*\*\*  
*Copy of salary slip & bank statement for the last 3 months*

\*\*Jika ada klaim akibat kematian - *In case of death claim*

\*\*\*Jika ada klaim untuk santunan harian - *In case of daily cash claim*

**Silakan kirim dokumen asli dan laporan klaim lengkap ke alamat kantor kami**

*Please send your original hard copy documents and completed claim form to our office address.*

9. Nama pemilik rekening *Bank account owner\**

Nama bank *Bank name*

Nomor rekening *Account number*

*\*Nama pemilik rekening & Tertanggung harus orang yang sama - Bank account name & Insured should be the same person*

**Pembayaran klaim akan dilakukan dalam 15 hari kerja setelah semua dokumen lengkap diterima dan jika tidak dilakukan penelusuran medis lanjutan.** *Claim payment will be made within 15 working days after all necessary documents have been completed and received, and if there's no further medical verification required.*

PT Roojai Sevices Indonesia

CIBIS 9 17th Floor Jl. TB Simatupang No.2 Cilandak Timur  
Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12560  
medicalclaims@roojai.co.id | www.roojai.co.id

General Hotline  
021 5089 0822

Ditanggung oleh



Terdaftar dan diawasi oleh OJK

10. **Pernyataan Pasien:** Dengan ini saya memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau setiap organisasi, lembaga atau orang untuk memberikan keterangan selengkapnya tentang kesehatan saya termasuk seluruh riwayat medis dan informasi tagihan saya terkait dengan perawatan di rumah sakit/operasi ini kepada PT Roojai Services Indonesia. Selanjutnya saya menyetujui semua informasi dan catatan medis tersebut untuk diungkapkan kembali kepada para penanggung, penanggung kembali, penasihat hukum, pemberi kerja saya, para agen/pialang, dan para pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. Salinan otorisasi ini berlaku dan sah sesuai dengan aslinya. Saya dengan ini menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar dan sesuai, dan Saya memiliki wewenang untuk menandatangani formulir ini sebagai pasien yang ditanggung oleh PT Roojai Services Indonesia (perwakilan resmi dari PT Sampo Insurance Indonesia).

*Patient Declaration: I hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or any organization, institutions, person to give full particulars about my health including my/ward's whole medical history and billing information in respect of this hospitalization/surgery to PT Roojai Services Indonesia. I further consent to the redisclosure of all such medical information & records to insurer(s), solicitors, my employer, agents/brokers & other third parties in connection with my insurance claims. A duplicate of this authorization shall be as effective and valid as the original. I hereby declare that any information provided in this form is true and correct, and I have the authority to sign this form as a patient which covered by PT Roojai Services Indonesia (authorized representative of PT Sampo Insurance Indonesia).*

Dibuat dengan sebenarnya di  
Made up with good faith at

Nama jelas & tanda tangan  
Name and signature



Kirim email  
Send email